

Année 1956

N°

23

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Madame JEROME Georgette (née WAGNER)

Née le 17 Septembre 1926 à PARIS 3ème

A PROPOS D'UN CAS DE RETRECISSEMENT
CICATRICIEL DE L'OESOPHAGE CONSECUTIF
A UNE OESOPHAGITE D'ORIGINE DENTAIRE
CHEZ UN NOURRISSON DE 16 MOIS.

Présentée et soutenue publiquement le :

Président de Thèse : Monsieur le Professeur AUBIN

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : JEROME (née WAGNER)

Prénom : Georgette

Date de la soutenance :

N°

1

JEROME Georgette -
A propos d'un cas de rétrécissement cicatriciel de l'oesophage consécutif à une oesophagite d'origine dentaire, chez un nourrisson de 16 mois - 2 radios hors-t.
Paris Dact. In-4° - 18 p.
Thèse Med. (Et.) Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

2

JEROME Georgette -
A propos d'un cas de rétrécissement cicatriciel de l'oesophage consécutif à une oesophagite d'origine dentaire, chez un nourrisson de 16 mois - 2 radios hors-t.
Paris Dact. In-4° - 18 p.
Thèse Med. (Et.) Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

3

JEROME Georgette -
A propos d'un cas de rétrécissement cicatriciel de l'oesophage consécutif à une oesophagite d'origine dentaire, chez un nourrisson de 16 mois - 2 radios hors t.
Paris Dact. In-4° - 18 p.
Thèse Med. (Et.) Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

4

JEROME Georgette -
A propos d'un cas de rétrécissement cicatriciel de l'oesophage consécutif à une oesophagite d'origine dentaire, chez un nourrisson de 16 mois - 2 radios hors t.
Paris Dact. In-4° - 18 p.
Thèse Med. (Et.) Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

Année 1956

N°

T H E S E
pour
LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

Madame JEROME Georgette (née WAGNER)

Née le 17 Septembre 1926 à PARIS 3ème

A PROPOS D'UN CAS DE RETRECISSEMENT
CICATRICIEL DE L'OESOPHAGE CONSECUTIF
A UNE OESOPHAGITE D'ORIGINE DENTAIRE
CHEZ UN NOURRISSON DE 16 MOIS.

Présentée et soutenue publiquement le :

Président de Thèse : Monsieur le Professeur AUBIN

DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MCCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (membre de l'Institut).

ASSESEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)		
Anatomie Pathologique	DELARUE (A.)		
Bactériologie	N...		
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)		
Biologie Médicale	VERNE (J.)		
Cancerologie médicale et sociale	N...		
Carcinologie	OBERLING (C.)		
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.)		
Cliniques	{ Hôtel Dieu	BROCCQ (P.)	
		DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)	
		N...	
		QUENU (J.)	
Chirurgicales	Cochin.....	QUENU (J.)	
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE (R.)		
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)		
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)		
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)		
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)		
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)		
Clinique de puériculture	LELONG (M.)		
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)		
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)		
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)		
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)		
Cliniques des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)		
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)		
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)		
Cliniques	{ Hôtel Dieu	N...	
		Bichat	N...
		Cochin	MOREAU (R.)
		Broussais	DE GENNES (L.)
Médicales	Cochin	MOREAU (R.)	
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ...	JUSTIN-BESANCON (L.)		
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)		
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des			
maladies de la nutrition	BOULIN (R.)		
Cliniques	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)	
		Baudelocque	N...
		Port-Royal	LACOMBE (M.)
Obstétricales	Port-Royal	LACOMBE (M.)	
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)		
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)		
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ..	RICHET (C.)		
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER		

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIRLOUD (A.)
Généralité médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	F...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESCILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (E.)
Pathologie chirurgicale	LENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie Médicale	BALLETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARTE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	SEROEL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONCUEST (P.)
Thérapeutique	TURPIN (P.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.), pr.s.ch., DEBEYRE (J.) OLIVIER (), N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) pr.s.ch., BUSSET (F.), GUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.), N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr.s. ch., N..., N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCKMANN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N..., N...
Hydrologie	N...,
Hygiène	BOYER (J.), pr.s.ch. DEPARIS (M), pr.s.ch.
Maladie infectieuses	N...
Médecine légale et du Travail	DEROBERT (L.), pr.s.ch., GAULTIER (M.) HADENGUE (A.), N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
Gynécologie	GRASSET (J.), LEPAGE (F.), MERCIER (R.), FORIN (P.), RAVINA (J.), N..., N...
Ophthalmologie	LESVIGNES (P.), N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.), MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.), N...

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.), BAUMANN (J.), GOSSET (J.), LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.), OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.), VERNE (J.M.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N....
Pathologie expérimentale	N..., N....
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) CONTE (M.), DONART (A.), LANOTTE (M.), LAROCHÉ (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (F.), FERRAULT (M.), RAIMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAF (J.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N....
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N..., N....
Pharmacologie	CHEYNIOL (J.), pr.s. ch. LEVY (Mlle J), pr s.ch. BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.) DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Physique Médicale	DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phthisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N....
Psychiatrie infantile	NICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N....
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.), CERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

- CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.), HUGUIER (J.), LEDGER (L.), PADOVANI (P.p, PATEL (J.), ROUX (M.); KUDLER (J.C.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.), N..., DECCOURT (J.) DREYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.), HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HAMBURGER (J.), KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALLE (G.), MAYER (F.), VARANGOT (J.)
Clinique Ophtalmologique.....	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté.....	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.), QUELVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552420_0024

A Monsieur le Professeur A. AUBIN

Pour l'honneur qu'il me fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Docteur A. LEMARIEY

Qui m'inspira le sujet de
cette thèse,

En témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur H. MULER

Qui me guida de ses conseils.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. AUBRY

En remerciement pour les années
passées dans son service.

INTRODUCTION

Ce travail succinct va nous permettre d'étudier un cas absolument exceptionnel, puisque nous n'avons retrouvé aucun cas semblable dans la littérature. Il s'agit d'un enfant de 16 mois qui présenta un rétrécissement cicatriciel serré et étendu de l'oesophage, à la suite de stomatites à répétition, accompagnées d'oesophagite, survenues au cours de la poussée dentaire.

Cas exceptionnel en effet : les observations sur les oesophagites du nourrisson sont rares, et la plupart concernent des brachyoesophages, mégaoesophages et surtout des ulcères peptiques. Rareté des publications ne signifie pas forcément rareté de l'affection et si nous nous en rapportons à Auguste, auquel nous empruntons les passages suivants : Billard avait signalé il y a plus d'un siècle, la fréquence et la gravité des oesophagites du nourrisson. Malheureusement, l'examen de l'oesophage à cet âge est très difficile et la plupart des travaux d'ensemble concernent des études anatomiques post-mortem. Certaines des oesophagites sont cause de la mort, beaucoup ne sont que des complications d'un intérêt secondaire, la plupart sont passées cliniquement inaperçues. L'évolution en est mal connue. Bon nombre évolue sans séquelles, mais il est vraisemblable que d'autres évoluent vers la fibrose. Certains auteurs, KELLY en 1936, WYLLIE en 1946, et FIELD, pensent que l'oesophagite du nourrisson peut donner naissance au brachyoesophage par fibrose cicatricielle. Mais la plupart des auteurs sont d'avis que le brachyoesophage du nourrisson est une malformation congénitale, et l'oesophagite une complication secondaire.

Que sait-on sur les stomatites de l'enfant? Elles sont fréquentes, depuis le muguet du nouveau-né jusqu'aux stomatites graves des leucoses. Toutefois il faut souligner leur particulière fréquence au cours des poussées dentaires. Effractions répétées de la gencive, fautes d'hygiène, troubles digestifs et avitaminoses dus à l'allaitement artificiel créent le terrain favorable à toute infection d'origine exogène. Malgré la fréquence de ces infections buccales au cours des poussées dentaires, les auteurs ne signalent pas d'infections descendantes atteignant l'oesophage. Pourtant elles existent certainement, mais aucun signe clinique complémentaire n'attirant l'attention vers cet organe, elles passent inaperçues, et guérissent sans séquelle, comme les stomatites elles-mêmes. Dans l'observation que nous rapportons, il en fut ainsi : l'atteinte de l'oesophage ne fut soupçonnée que devant la persistance d'une dysphagie gênant l'alimentation, malgré la guérison des lésions buccales.

Un bref aperçu anatomique et histologique nous montrera l'unité de ce segment du tube digestif allant des lèvres au cardia. L'observation qui suivra montrera qu'à cette unité, on peut ajouter une certaine unité pathologique : l'infection descendante bucco-oesophagienne. La gravité exceptionnelle de cette infection permet seule de mettre en lumière l'atteinte oesophagienne. Nous nous garderons de conclure à la fréquence de telles atteintes pour nous borner à souligner que l'atteinte de l'oesophage au cours des stomatites est une réalité, que cette atteinte peut être grave au point d'entraîner un rétrécissement cicatriciel de l'organe.

RAPPEL ANATOMIQUE

L'appareil digestif peut être divisé, tant au point de vue anatomique que physiologique et histologique en deux portions :

- une portion sus-diaphragmatique, s'étendant de la bouche au cardia
- une portion sous-diaphragmatique, s'étendant de l'estomac à l'anus.

La portion sus-diaphragmatique, celle qui nous intéresse, est essentiellement une région de passage pour les aliments. Malgré un aspect varié, elle forme un ensemble continu comprenant : la bouche, le pharynx, l'oesophage, et un certain nombre d'appareils annexes (dents, glandes salivaires, amygdales, etc...)

La bouche :

Premier segment du tube digestif, la bouche est une cavité irrégulière, divisée par les arcades dentaires en deux portions : l'une périphérique ou vestibule de la bouche, l'autre centrale ou cavité buccale proprement dite.

Le vestibule s'ouvre à l'extérieur par l'orifice buccal limité par les lèvres.

La cavité buccale proprement dite contient la langue et communique en arrière avec le pharynx par un orifice, l'isthme du gosier.

Les arcades gingivo-dentaires supportent les dents, en nombre variable avec l'âge du sujet.

Le pharynx :

conduit musculo membraneux, le pharynx s'étend verticalement, en arrière des fosses nasales, de la cavité buccale, et du larynx.

Il se continue en bas avec l'oesophage. C'est un carrefour qui fait communiquer d'une part la cavité buccale avec l'oesophage, d'autre part les fosses nasales avec le larynx.

La forme du pharynx est celle d'un entonnoir irrégulier évasé en haut, rétréci en bas.

Oesophage :

L'oesophage relie le pharynx à l'estomac. Il débute à l'extrémité inférieure du pharynx, descend en avant de la colonne vertébrale, traverse successivement la partie inférieure du cou, le thorax, le diaphragme, pénètre dans l'abdomen où il se termine en s'abouchant à l'estomac par un orifice appelé cardia.

Sa direction générale est oblique en bas et à gauche, presque verticale, dans le sens antéro-postérieur, il décrit une courbe concave en avant, suivant grossièrement la concavité vertébrale.

L'oesophage a l'aspect d'un épais ruban musculaire aplati d'avant en arrière, de son origine à la bifurcation trachéale; il tend à devenir cylindrique dans le reste de son étendue, et se termine en forme de cône à base inférieure.

RAPPEL HISTOLOGIQUE

La portion sus-diaphragmatique du tube digestif est une région de passage pour les aliments qui y sont broyés et insalivés. Les différentes parties de cette portion, soumises à des conditions mécaniques analogues présentent une structure histologique comparable.

La muqueuse :

- l'épithélium est de type pavimenteux stratifié non kératinisé.
- le chorion est hérissé de papilles : soit adélomorphes, ne soulevant pas l'épithélium, soit délomorphes, volumineuses, déterminant un relèvement de l'épithélium. Ces papilles délomorphes sont très nombreuses sur la langue, rares et peu développées sur le pharynx et l'oesophage. Le chorion est semé de glandes et de follicules clos.
- les glandes : ce sont des glandes mixtes séro-muqueuses pour la plupart. Petites, elles occupent le chorion, volumineuses, elles s'étendent dans la sous-muqueuse, la tunique musculaire et même au-delà (parotide). Seules les gencives en sont dépourvues.
- les follicules clos : sont répartis tout le long de cette portion du tube digestif, à partir du V lingual jusqu'au cardia. Particulièrement nombreux sur la pente pharyngée de la langue, ils soulèvent l'épithélium, formant l'amygdale linguale.

La muqueuse repose directement sur le muscle au niveau de la langue, dans le pharynx elle est limitée profondément par une membrane élastique, et dans l'oesophage par une lamelle musculaire ou *muscularis mucosae*.

La tunique musculaire :

Au niveau du pharynx et de l'oesophage, une épaisse nappe conjonctive s'interpose entre muqueuse et musculature. Sur le pharynx, c'est un tissu conjonctif dense, aponevrose d'insertion pour les muscles moteurs du pharynx. Sur l'oesophage, c'est une sous-muqueuse formée de tissu conjonctif lâche permettant à la muqueuse de glisser sur les tissus sous-jacents. La musculature de la langue et du pharynx est faite de muscles striés, de direction variable. Celle de l'oesophage est formée de deux couches : l'une profonde circulaire, l'autre superficielle, longitudinale. Les fibres musculaires sont striées dans la partie supérieure, lisses dans la partie inférieure de l'oesophage.

LES INFECTIONS BUCCO-OESOPHAGIENNES CHEZ LE NOURRISSON

Généralités -

Ce bref aperçu anatomique et histologique nous montre la profonde unité de ce segment supérieur du tube digestif. Unité anatomique, unité histologique, devraient avoir pour conséquence une certaine unité pathologique. Celle-ci n'est pas cliniquement aisée à mettre en évidence. Nous allons voir pourquoi :

Les infections de la bouche et du pharynx sont douloureuses et entraînent une sialhorrée abondante. D'enblée, l'attention est attirée vers la cavité buccale grâce à la dysphagie qui en résulte. Son examen est aisé : il suffit de faire ouvrir la bouche au malade et d'être muni d'un bon éclairage pour étudier en détail toutes les lésions muqueuses de la bouche et de l'oro-pharynx.

A l'opposé, une atteinte de l'oesophage, organe muet, n'entraîne qu'une douleur modérée, voire nulle. Son exploration directe étant impossible, seuls des signes indirects attirent l'attention : la dysphagie, les régurgitations, les hémorragies. Mais dysphagie et hémorragies peuvent prévenir de l'état bucco-pharyngé, les régurgitations être confondues avec des vomissements vrais. Il est donc logique de penser que bon nombre d'infections descendantes bucco-pharyngo-oesophagiennes laissent passer inaperçues les lésions oesophagiennes. Seuls les examens complémentaires permettent de reconnaître la lésion oesophagienne : ce sont les examens radiologique et endoscopique.

L'examen radiologique, grâce aux substances de contraste permet, par la scopie l'étude du transit, par la graphie, l'étude des parois, du calibre, des déformations de l'organe. Mais un tel examen est insuffisant à lui seul pour nous renseigner. L'examen radiologique montre la silhouette de l'organe, seule l'endoscopie permet une vision directe des lésions. Elle permet d'étudier en détail la muqueuse : coloration, souplesse, mobilité, plis, calibre, spasmes. Mais de tels examens sont rarement pratiqués chez le nourrisson : l'oesophage est un organe fragile, les dangers de perforation sont certains et en particulier au cours des syndromes oesophagiens aigus. Aussi bien souvent, le diagnostic ne sera qu'évoqué, voire même insoupçonné.

Les oesophagites infectieuses aiguës de l'enfant.

Dans son ouvrage, sur la pathologie ORL de l'enfant, le Docteur A. LEMARIEY écrit :

L'oesophagite infectieuse aiguë est une manifestation exceptionnelle de la grippe, de la rougeole, de la pneumonie, des infections banales du carrefour aéro-digestif.

Tous les cas ne présentent pas la bénignité, le caractère d'épiphénomène que lui attribuent les classiques. Certains peuvent être graves et entraîner la mort... On a signalé l'oesophagite nécrosante au cours de la rougeole, associée au noma, à la pharyngite gangréneuse, des cas au cours de la scarlatine. Dans certaines formes rares de diphtérie, le processus pseudo-membraneux peut s'étendre à l'oesophage et être suivi de paralysie.

Une autre cause d'oesophagite infectieuse chez l'enfant est l'éruption dentaire : nous avons vu des stomatites graves apparues à cette occasion se compliquer non seulement de pharyngite et de laryngite, mais d'oesophagite ulcéro-oedémateuse ou pseudo-membraneuse dont un cas aboutit à une sténose cicatricielle sévère.

OBSERVATION

Les stomatites du nourrisson sont bien connues; rares chez le nourrisson édenté, elles deviennent plus fréquentes dès que poussent les dents. L'éruption dentaire, par les troubles locaux et généraux qu'elle provoque, fait le lit de l'infection. Les soins locaux dans les formes bénignes, le traitement général dans les formes graves, associé aux vitamines, en particulier l'acide ascorbique, entraînent le plus souvent une guérison rapide sans séquelle.

Toutefois, l'observation du petit Pascal M. va nous montrer que cette évolution n'est pas toujours de règle, que les poussées de stomatite peuvent se répéter, que l'infection peut s'étendre au pharynx, au larynx, à l'oesophage, et entraîner des séquelles graves.

L'enfant Pascal M., âgé de 16 mois, entre dans notre service ORL, de l'hôpital Trousseau, le 17 Septembre 1954, pour stomatite grave.

Dans les antécédents familiaux, on ne note rien de particulier. Les parents sont bien portants, ainsi que la soeur de Pascal, âgée de 4 ans.

Par contre, les antécédents personnels de nourrisson sont déjà très chargés :

L'enfant est né le 8 mai 1953 après une grossesse et un accouchement normaux. Il pesait 3 kg600.

La courbe de poids très régulière jusqu'à l'âge de 4 mois, montre ensuite un fléchissement net. En effet, nous allons voir que c'est à partir de cet âge que les antécédents pathologiques de Pascal sont très chargés.

Dès le lendemain de sa naissance, le petit Pascal présente une diarrhée très importante avec réaction méningée et muguet. Hémoculture et ponction lombaire sont négatives. Les antibiotiques associés à des injections de sérum sous-cutané jugulent rapidement cet épisode et l'enfant sort en bon état de la maternité à l'âge de 15 jours.

A 3 mois :

- otite bilatérale paracentésée, rapidement guérie sans antibiotiques. La courbe de poids est satisfaisante, l'enfant pèse 6 kg.

A 4 mois :

- c'est à cet âge que va débiter la longue suite d'accidents buccaux qui amèneront l'enfant dans le service. Alors qu'il n'avait pas encore de dents, brusquement apparaît une importante stomatite aphtimorphe qui dure une semaine.

Traitement institué : soluté d'auréomycine en applications locales, tifomycine par voie générale.

A 5 mois :

Le petit Pascal a sa première dent. Cette poussée dentaire s'accompagne d'une diarrhée importante avec déshydratation nécessitant l'hospitalisation chez le Docteur LEVESQUE. Il est traité par tifomycine per os et sort au bout de 15 jours.

De 5 à 6 mois :

Très importantes poussées dentaires jusqu'à 6 1/2 m.
L'enfant a 6 dents.

Toutefois ces poussées dentaires ne s'accompagnent pas de stomatite. On note seulement un épisode étiqueté bronchite asthmatiforme, traité par tifomycine.

A 8 mois :

Nouvelle stomatite soignée par des badigeonnages au soluté d'auréomycine qui semble plutôt aggraver les signes. Cette poussée guérit en 12 jours.

De 8 à 12 mois :

L'enfant va bien, sa courbe de poids redevient régulière. A 1 an, il pèse 8,400 K, il a 11 dents.

A 13 mois :

Nouvelle stomatite, beaucoup plus grave que les précédents. La bouche est remplie de mucosités, l'enfant est dyspnéique et dysphagique, et présente de la diarrhée.

Il n'est pas hospitalisé et est soigné par des injections de bipénicilline et soins locaux avec le soluté d'auréomycine.

Cette stomatite dure 3 semaines au cours desquelles l'enfant perce plusieurs dents puisque :

A 14 mois :

Il a 16 dents.

Toutefois si l'état local s'est amélioré, on ne peut parler de guérison.

Jusqu'à l'âge de 16 mois, en Septembre 1954, date à laquelle nous voyons l'enfant, les épisodes de stomatite se sont répétés, sans gravité, mais rebelles, gênant l'alimentation de l'enfant. Aucun traitement n'a été institué.

Le 9 Septembre 1954, le petit Pascal présente une nouvelle poussée plus importante que les précédentes :

il s'alimente plus difficilement, l'haleine est fétide, la bouche encombrée de mucosités, les lèvres tuméfiées, la fièvre, peu importante, n'atteint pas 38°.

Le médecin de ville prescrit le traitement habituel à l'auréomycine locale. Les signes persistent avec des moments d'amélioration et d'aggravation, mais l'alimentation reste possible.

Le 16 septembre, la mère constate une nette altération de l'état général. Un spécialiste ORL consulté en ville, conseille l'hospitalisation et prescrit du sérum en injection devant l'état de déshydratation de l'enfant. En fin d'après-midi, l'enfant asphyxique, cyanosé rejette une expectoration mousseuse sanglante abondante, sa bouche est remplie de caillots de sang. Devant cette brusque aggravation, la mère amène l'enfant à l'hôpital Trousseau où il est hospitalisé dans le Service du Docteur MARQUEZY.

A son entrée, le petit Pascal est asphyxique et cyanosé, il présente du tirage. Les lèvres sont boursouflées et hémorragiques, la bouche encombrée de mucosités teintées de sang. A l'auscultation, on note quelques gros râles, probablement des bruits transmis. L'examen de la gorge est impossible.

Un traitement d'urgence est institué :
Oxygène, Solucanphre, K thronbyl, Syncortyl, Gardénal, Hypodermoclyse, Pénicilline, Streptomycine.

Le lendemain, 17 Septembre, l'enfant est passé dans le service ORL du Docteur LEMARIEY où l'on constate : état général grave, la température atteint 39°, l'enfant tire, est cyanosé, les lèvres

sont tuméfiées, hémorragiques. La muqueuse de la bouche et du pharynx est exulcérée, présentant des lésions diffuses d'apparence aphteuse, avec çà et là des fausses membranes grisâtres. La voix est rauque.

A l'examen général : c'est un enfant hypotrophique, à la peau sèche et squameuse. On note un ganglion sous-mental, une grosse adéno-pathie inguinale, pas de rate perceptible.

Examens complémentaires :

Temps de saignement : 2'30"

Temps de coagulation : 9'

Prélèvement de gorge et du nez : élimine la diphtérie et révèle seulement quelques staphylocoques.

Formule sanguine : élimine une hémopathie : elle est normale, réserve faite d'une leucocytose discrète avec 6% d'éosinophiles.

On est donc, une fois de plus, en présence d'une stomatite diffuse intense mais banale.

Un traitement banal est institué :

Pénicilline : 1 million/24 h

Streptomycine : 0,25 g/24 h

Vitamine C : 50 mg en injection intra-musculaire

Hypodermoclyse

Localement les lésions buccales sont traitées par la glycérine boratée.

Progressivement, les lésions buccales régressent et l'enfant sort le 5 Octobre.

La rechute est foudroyante : six jours après, le 11 Octobre, l'enfant est ramené dans un état plus grave encore. Hémorragie buccale, stomatite et pharyngite identiques, fièvre oscillant entre 38° et 39°5. Sa voix est rauque, il tire, la dysphagie est absolue.

On ajoute au traitement précédent 0,10 g. de Terramycine en injections intra-musculaires et de la vitamine P.P. Les examens complémentaires ne montrent rien de particulier.

Prélèvement buccal : pas de bacilles diphtériques,
pas de germes visibles à l'examen direct.

BW négatif

Paul et Bunnell négatif

Urines : ni sucre ni albumine

Formule sanguine normale

PH salivaire normal à 7

Urée sanguine : 0,20 g p. mille.

L'opinion d'un stomatologiste consulté est qu'il s'agit d'une stomatite grave en rapport avec l'éruption dentaire.

Les signes locaux régressent progressivement mais toutefois, on note la persistance :

d'une voix rauque

d'une dysphagie gênant l'alimentation de l'enfant qui refuse viande et purée.

La persistance de ces signes fait soupçonner une atteinte des muqueuses laryngées et oesophagiennes. L'état de l'enfant étant satisfaisant, on décide alors de pratiquer des examens endoscopiques qui vont montrer des lésions importantes.

Les laryngoscopies pratiquées le 3 Novembre et le 11 Novembre révèlent un aspect excorié du vestibule laryngé et des cordes, avec quelques fausses membranes dont l'ensemencement demeure négatif.

Le 18 Novembre, le Docteur LEMARIEY pratique une oesophagoscopie. Elle permet de découvrir une oesophagite aiguë, ulcéreuse et pseudo-membraneuse diffuse, saignant au moindre contact, telle qu'en réalise la déglutition de caustique, cette dernière hypothèse étant rigoureusement éliminée.

Devant l'importance des lésions oesophagiennes, on décide d'appliquer un traitement par la cortisone, pendant 25 jours, à doses régressives, de 100 à 25 mg, associé à Pénicilline 600.000 U. par 24 h., chlorure d'ammonium 2 g, chlorure de potassium 1 g, régime déchloruré sodique strict, surveillance du poids, des urines, de la tension artérielle, du pouls.

Le résultat est spectaculaire et dès le lendemain de la première injection de cortisone, l'enfant déglutit sans effort, l'état général s'améliore de façon importante et rapide, parallèlement à une disparition des lésions buccales.

Douze jours après le début de ce traitement, le 30 Novembre, une oesophagoscopie montre la rapide cicatrisation de l'oesophage, et la perméabilité normale de sa lumière. Mais, 8 jours après la cessation du traitement hormonal, la dysphagie réapparaît, avec quelques régurgitations. Un examen radiographique révèle alors l'existence d'un rétrécissement tubulaire étendu et serré de l'oesophage, allant de la quatrième à la neuvième vertèbre dorsale.

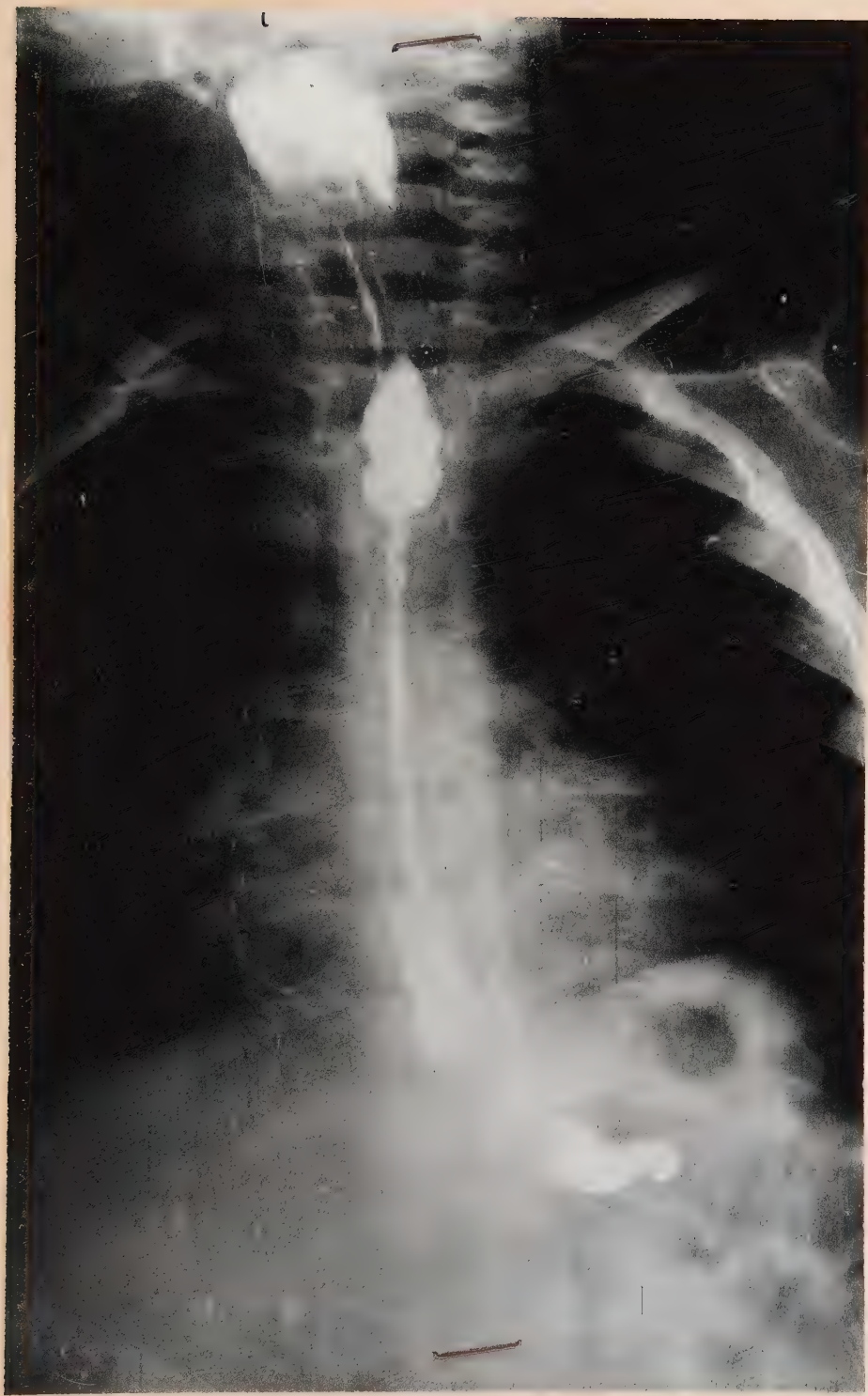
Cette oesophagite aiguë, infectieuse, d'origine buccale, s'est donc comportée comme les oesophagites corrosives les plus graves, laissant pour séquelle un rétrécissement serré et étendu.

Devant l'état satisfaisant de l'enfant, on envisage alors de traiter ce rétrécissement cicatriciel par des dilatations progressives, suivant la technique habituelle. La première dilatation est faite le 31 décembre avec une sonde en soie gommée n° 11, sans incident. Les premières semaines, les dilatations sont faites tous les 2 jours. L'enfant sort le 23 Janvier 1955 et sera ramené régulièrement pour dilatation, 2 fois par semaine, puis une fois par semaine au bout de 5 à 6 mois.

Actuellement, le petit Pascal est un bel enfant de 3 ans 1/2, au développement psycho-somatique normal. Quel est l'état de la bouche et de l'oesophage à la suite de ces nombreuses poussées infectieuses?

L'examen buccal montre de nombreuses cicatrices légèrement rétractiles sur le dos de la langue. A l'oesophagoscopie, l'oesophage a l'aspect cicatriciel des brûlures par caustique : la muqueuse est blanchâtre, rigide, se rétrécissant en une virole infranchissable. Régulièrement dilaté, l'oesophage admet maintenant une sonde n° 26 et permet une alimentation pratiquement normale.





CONCLUSION

Les stomatites de l'enfant sont le plus souvent bénignes. Mais à la lueur de cette observation exceptionnelle, on peut voir que :

- les stomatites de l'enfant peuvent être graves, en particulier les deux dernières poussées présentées par le petit Pascal.
 - de cause mystérieuse, mais probablement en rapport avec les poussées dentaires qui ont créé le terrain favorable à leur développement.
 - elles peuvent se propager, par voie de continuité, à l'oesophage.
 - dont les lésions peuvent être profondes et aboutir au rétrécissement cicatriciel, au même titre que les brûlures par caustique.
 - d'ailleurs le traitement qui lui fut opposé est identique : cortisone associée aux antibiotiques, dont l'effet fut spectaculaire, tant sur les lésions aiguës buccales qu'oesophagiennes.
 - mais le traitement cortisonique ne put empêcher la formation d'un rétrécissement cicatriciel serré qui rendra cet enfant esclave de la dilatation pendant de longues années.
-

Vu : Le Président de Thèse

Professeur A. AUBIN

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- AUGUSTE C.- Les oesophagites. Arch. Mal. app. dig.
Mai 1951 - Suppl. au n° 5 - P. 110-137.
- BERNARD R.- Les stomatites chez l'enfant - Pédiatrie
1949 - N° 2 - P. 133-141
- BOYES J. - La pathologie buccale chez l'enfant.
Proc. Roy. Soc. Med. Juil. 50 - N° 7 -
P. 503-505
- LEBOURG L.- Pathologie de la bouche - E.M.C. Pédiâ-
trie 4021 B 10
- LEMARIEY A- L'oesophagite aiguë. Pathologie ORL de
l'enfant - P. 557
- " Annales d'ORL - Tome 72 - 1955 - N° 7 -
P. 558
- LESNE, ROUGET
et LONGEAUX - Bulletin et Mém. Soc. Med.
Hop. de Paris 1940 - P. 688
- MARQUEZY et ROYER - Archives françaises de Pédiatrie
1947 - P. 186
- SULLIVAN, GEPPERT et RANSON - Ulcère oesophagien
chez de très jeunes nourrissons -
Am. Dis. child. Janvier 1954, N° 1-
P. 49-54
- JACKSON C. - Peptic ulcer of the oesophagus -
J.A.M.A. 1929 - p. 369-372
- SCALES J.L. - Les stomatites habituelles de l'en-
fance - Oral Surg. av. 1952 - N° 4 -
P. 384 - 391 -
-

